Antrag

auf Kostenübernahme von ärztlich verordneten empfängnisverhütenden Mitteln (§ 49 SGB XII)

Aktenzeichen	**Posteingang**
Bitte angeben!	Nicht vom Antragsteller ausfüllen!

Hiermit beantrage ich für

Familienname, Vorname	**Geburtsdatum**
Anschrift	

die Erstattung der verauslagten Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel
in Höhe von €.

Als Anlage zum Antrag lege ich folgende Unterlagen bei:

		Datum	Betrag
☐	Beleg der ärztlichen Verordnung vom		
☐	Beleg der ärztlichen Verordnung vom		
☐	Beleg der ärztlichen Verordnung vom		
☐	Quittungsbeleg		
☐	Quittungsbeleg		
☐	Quittungsbeleg		

Die Zahlung der beantragten Kosten soll auf die Bankverbindung

Kontoinhaber :

BLZ:

Konto-Nr.:

Bankinstitut:

erfolgen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erstattung des beantragten Betrages erst nach Vorlage aller erforderlichen Nachweise erfolgt.

Datum; Unterschrift des Aufnehmenden	Datum; Unterschrift des Antragstellers